Dnp

Lane Medical Library

Aus der Frauen-Klinik der Königlichen
Charité zu Berlin.
Direktor: Prof. Dr. Franz.

Ueber ein tuberkulöses Ovarialkystom.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

von

Alexander Brons
aus Warschau.

Tag der Promotion: 20. Juli 1911.

Hermann Blanke's Buchdruckerei und Verlag
Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstrasse 9.

1911

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Herr Prof. Dr. Franz.

In Liebe
und Verehrung meinen Eltern
gewidmet.

Ueber ein tuberkulöses Ovarialkystom.

Bei der Beschreibung der Fälle von Tuberkulose der Eierstöcke hat man, abgesehen von der alten Literatur, bereits in der neuen auf die Seltenheit der genannten Fälle hingewiesen. Wiederholt findet man den Gedanken vertreten, Tuberkulose der Eierstöcke sei selten, die der Eierstocksgeschwülste, die in ein Kapitel mit den vorhin genannten zusammengeworfen ist, eine rarissima avis. — Ohne Zweifel bestand diese Ansicht nicht ganz zu Unrecht, denn an und für sich ist der Eierstock ein so stark durchblutetes und dadurch widerstandsfähiges Organ, dass er keinen günstigen Boden für eine primäre Niederlassung der Bazillen auf dem Blutwege abgeben könnte (Meinung von Klebs und Olshausen).

Virchow sagte bereits in seinem Geschwulstwerke: „die Ovarialtuberkulose kommt fast gar nicht vor, und wenn sie einmal vorkommt, beschäftigt sie sich auf ganz unbedeutende Formen".

Olshausen bezeichnet die Angabe von Spencer Wells, dass Wilson Fox 8 Fälle von Ovarialtuberkulose gesehen, als „befremdliche".

Aber schon damals gab es dieser Ansicht ganz schroff entgegengesetzte Meinungen, so auf der einen Seite Virchow und auf der anderen Spencer Wells.

Die sich täglich entfaltende medizinische Praxis lehrte anders. „Aber es mussten noch Jahrzehnte über Jahrzehnte vergehen, bis auf Grund exakter Untersuchungen die tuberkulöse Natur der im Eierstock vorgefundenen „Materie“ und „käsig-eitriger Herde“ mit Sicherheit behauptet werden konnte, bis auch hier Miliartuberkulose und tuberkulöse Riesenzellen beschrieben und abgebildet wurden“. . . (Schottländer).

Schottländer mit Guillemain stellten als conditio sine qua non zur Diagnose genannter Fälle eine mikroskopische Untersuchung auf. Das Mikroskop wurde aber erst, wie Schottländer erwähnt, zu Anfang der 60er Jahre des XIX. Jahrhunderts in Verwendung gezogen, erst 2 Jahrzehnte später wurden die Mitteilungen über die mikroskopischen Befunde etwas reichlicher und ausführlicher. Begreiflicherweise hat dieser Umstand ganz verschiedene Meinungen zum Ausdruck gebracht.

Im allgemeinen ist bei der Tuberkulose der Ovarien die käsige Form vorherrschend. Klebs spricht von 3—4 Fällen, die er gesehen hat. „Im Gegensatz zur Tuberkulose der Uterus- und Tubenschleimhaut ist diese Affektion allerdings selten und kommt, was mir bemerkenswert erscheint, niemals neben dieser letzteren vor, welche demnach nicht als der Ausgangspunkt der Ovarialtuberkulose betrachtet werden kann. Es bleibt somit nur die Blutbahn übrig, durch welche der Infektionsstoff dem Ovarium zugeführt wird, und sollte man demnach erwarten, dass gerade miliare Tuberkulose bei ihrer allgemeinen Invasion ein zeitweise so blutreiches Organ nicht verschonen wür-

de.“ Man könne jedoch, meint Klebs weiter, hierüber kein entscheidendes Urteil fällen, da die Tuberkel makroskopisch doch nicht sichtbar seien.

Scanzoni sah übrigens in einem Fall im Ovarium eine Anzahl mohnkorngrosser teils grauer, teils gelber, hie und da schon erweichter Tuberkel. — Nach Mosslers Angabe fand er unter 46 Fällen von Tuberkulose der weiblichen Genitalien 7 mal eine solche der Ovarien. Diese Angabe scheint auf eine nicht so grosse Seltenheit der Ovarialtuberkulose zu deuten, wie Virchow sie angibt.

Ein weiterer Wendepunkt in der Geschichte der Ovarialtuberkulose war die Abtrennung des Kapitels „Tbc. der Eierstocksgeschwülste“ von der der Eierstöcke selbst. Denn Erkrankungen der Ovarialgeschwülste sind doch verschieden von denen des unveränderten Eierstocks, und eine Sonderung der beiden genannten Affektionen dürfte ganz berechtigt erscheinen. — „Ich habe es vermieden, gleich Wolff die tuberkulösen Eierstocksgeschwülste den Fällen von Eierstockstuberkulose zuzurechnen, ziehe es vielmehr vor, dieselben gleich Guillemain gesondert aus folgenden Gründen zu betrachten: a priori sind hinsichtlich der Art und Weise der Erkrankung hier 2 Möglichkeiten gegeben:

1. Der primär tuberkulöse Eierstock verwandelt sich sekundär in eine Geschwulst.
2. Der primär durch eine Geschwulstbildung veränderte Eierstock erkrankt sekundär tuberkulös.

Hauptsächlich wegen der ersten Möglichkeit, die doch hypothetisch klingt, räumt Schottländer den Ovarialtumoren einen besonderen Platz ein. Er sucht dies zu begründen; doch geht er über die Hypothesen nicht hinaus. — Als letztes Moment in der Geschichte der Erforschung der Tbc. der Ovarialgeschwülste sind die Bedingungen anzuführen, welche nach Pollosson und Violet aufgestellt wurden, unter welchen ein Fall als Ovarialgeschwulsttuberkulose angesprochen werden darf:

1. dass die Cyste ovariellen Ursprungs ist,
2. dass die Erkrankung nicht etwa unmittelbar von einer tuberkulösen Salpingitis fortgeleitet ist und
3. das Vorhandensein zweifelloser Tuberkel.

Bevor ich nun des Genaueren auf die Einzelheiten des Themas eingehe, halte ich es für angebracht, einige allgemeine Bemerkungen über die Art und den histologischen Bau der Ovarialtumoren und zwar speziell der Kystome hier vorauszuschicken. Vom histologischen Standpunkt aus würde sich die Einteilung der Geschwülste in solche mit bindegewebigem und solche mit epithelialem Charakter am besten empfehlen. Die ersteren — Fibrome, Sarkome, Myome und dergl. sind selten, häufig sind die letzteren, zu denen die Kystome, dann auch seltener vorkommend die Carcinome und Adenome gehören.

Die cystischen Geschwülste des Ovariums zerfallen in drei Gruppen: die einfachen Cystenbildungen, die proliferierenden Kystome und die Dermoidkystome.

Das proliferierende Kystom des Eierstockes bildet Geschwülste von meist unregelmässiger kugeliger Form und von der allerverschiedensten Grösse. Von geringen Vergrösserungen an, welche zumal der Praktiker, aber auch der Anatom nicht oft zu sehen bekommt, bis zu 50 kg Gewicht variieren diese Geschwülste. — Die kleineren Tumoren bis zu Mannskopfgrösse sind im allgemeinen unregelmässiger geformt und solider anzufühlen als die grösseren. Sie bestehen zumeist aus einer Anzahl von kleinen und kleinsten Cysten, die zumeist mit dicklichem Inhalt gefüllt sind und sich darum etwas resistent anfühlen. Je grösser der Tumor wird, desto mehr verschwinden die Einzelcysten, um einem gemeinsamen Hohlraum Platz zu machen. An der Wand des Tumors lassen sich meist 3 Schichten unterscheiden, jedoch sind dieselben nicht selten auf eine einzige reduziert. Wo noch 3 Lamellen nachweisbar sind, meist in der Nähe des Stieles, sind die äussere und innere fibröser Natur, während die mittlere aus lockerem Bindegewebe besteht. In ihr verlaufen die grösseren Arterien, von denen Capillaren bis dicht unter das Epithel ausgehen; die sehr starken Venen verlaufen meist in der äusseren Lamelle; zahlreiche weitkalibrige Lymphgefässe sind besonders in der Nähe des Stieles anzutreffen. Der epitheliale Ueberzug der Innenwand ist hauptsächlich ein Cylinderepithel; an manchen Stellen sind die Epithelien mit Flimmerhaaren besetzt. Das Zottenepithel ist meist viel dicker als das an der freien Innenfläche, zeigt überhaupt hier meist kubische Gestalt. — Nach dieser kurzen orien-

tierenden Abschweifung kehre ich nun zum eigentlichen Thema zurück.

In der Fachliteratur sind schon seither gehäufte Fälle bekannt, die allen den oben genannten Bedingungen entsprechen. Als „klassische“ können die 7 zuerst bekannt gewordenen Fälle angesprochen werden, nämlich die von Spencer Wells (Wilson Fox), Baumgarten, Klebs, Saenger, Gade, Kelly und v. Krzywicki. — Sie sind vielfach in Arbeiten und Schriften aufgeführt und zur Genüge besprochen worden. Mit Ausnahme des Dermoidkystoms Gade's sind es durchweg multilokuläre glanduläre Ovarialkystome.

Die ersten 3 sind bereits in dem Olshausen'schen Handbuche „Krankheiten der Ovarien“ beschrieben. Weitere 4 sind ausgezeichnet besprochen und analysiert bei Schottländer, Guillemain, Elsässer und Prüsmann. Bei manchen ist nur der Fall von Kelly ohne Absicht oder vielleicht aus Versehen ausgelassen und der v. Krzywicki's als zweifelhafter angeführt worden, welcher aber doch zweifelsohne hierher gehört: es ist nämlich eine Ovarialcyste, deren Serosa mit miliaren verkästen Tuberkeln durchsetzt war. In diesem Falle handelte es sich nämlich um einen nicht weit vorgeschrittenen Prozess im Kystom. — Dem schliessen sich 2 Fälle von Schottländer an: 1. Ein faustgrosses Dermoidkystom des linken Ligamentum latum bei Fehlen des linken Ovarium. Die Cyste war mit käsigen Massen und zerfallenden Stellen bedeckt. Auffallend viel Tuberkelbazillen sowohl in den infiltrierten, wie auch in den nekrotisch zer-

fallenden Partieen, dabei aber vollständiges Fehlen der epitheloiden und Riesenzellen.

2. Mannskopfgrosses multilokuläres Kystadenom, dessen Oberfläche mit zahlreichen Adhäsionen, dabei blutig verfärbt und mit nekrotischen Stellen und gelblichen Belägen bedeckt war. Innenfläche — käsig, nekrotisch. Ovarienreste fehlen. Bazillen und Riesenzellen nicht gefunden, doch eingelagerte Epitheloidzellen, käsiger Zerfall der Gewebe und der ganze klinische Befund lassen die Diagnose auf einen tuberkulösen Prozess ohne jeden Zweifel stellen. Schottländer bemerkt selbst, dass sich die Frage schwieriger beantworten lässt, ob es sich in den Fällen um wirkliche Tumoren gehandelt habe. — Für Kystadenom spricht die multilokuläre Beschaffenheit. Gegen die Diagnose „Dermoidkystom" im ersten Falle spricht zwar sein ungewöhnlicher, seltener intraligamentärer Sitz; aber das Fehlen des Eierstockes, Vorhandensein von Luteinpigment, an verkalkte Follikel erinnernde Kalkkonkremente sprechen für die Richtigkeit der Diagnose.

Als weitere einwandsfreie Fälle gelten: v. Olshausen's Tuboovarialcyste mit positivem Tuberkel- und Bazillenbefund; die Tube mündete in die Cyste hinein.

Elsässer berichtet sehr ausführlich über einen Fall, wo ein rechtsseitiges kindskopfgrosses Ovarialkystom und ein kleinerer stark verwachsener, linksseitiger cystischer Tumor mit zahlreichen miliaren Tuberkeln vorhanden war. Riesenzellen positiv, Tuberkelbazillen nicht sicher konstatiert. Prüs-

man beschreibt einen cystischen Tumor, der aus einer grossen und 2 wallnussgrossen Cysten bestand. Ovariumreste fehlten. Inhalt schmierig, dickflüssig, in den kleinen Cysten klar und dünn. In der Wand Ovarialstroma mit Corpus albicans, rundzellige Infiltration, Granulationszellen und inmitten derer eine Menge typischer Tuberkel und Riesenzellen mit randständigen Kernen. Tuberkelbazillen nur vereinzelt eingestreut. — Cum signo quaestionis können wir einen Bericht von Wechsberg erwähnen: es war ein linksseitiges Ovarialkystom; linke Tube und linkes Parametrium gesund. Dabei bestand eine ausgedehnte tuberkulöse Peritonitis: am parietalen und visceralen Peritoneum viele Tuberkel; reichlicher Ascites. Mikroskopisch auch zahlreiche, typische Tuberkel ohne Zerfall. Aus der französischen Literatur berichtet Bertino von einem rechtsseitigen Dermoidkystom mit gleichzeitiger Tuberkulose der gleichnamigen Tube und des Pelveoperitoneums. Peritonealer Ueberzug des Ovariums zeigt tuberkulösen Prozess. Bazillenbefund trotz eifrigen Suchens negativ. — 2 Fälle von Pollosson und Violet, sehr erschöpfend untersucht, zeigen:

1. kindskopfgrosse, allenthalben verwachsene Cyste, an deren Vorderfläche die Tube verlief. Im unteren Segment der Cyste Ovariumreste und zweite Cyste ohne Verbindung mit der ersten. Innenfläche der grossen Cyste meist ohne Epithel, teilweise nur mit Krypten, die mit Zylinderepithelien ausgekleidet waren und Riesenzellen oder käsige Zerfallsmassen enthielten. Koch'sche Bazillen nicht gefunden. — 2. Intraliga-

mentär gelegene einkammerige dickwandige Cyste; äussere Fläche mit gelblichen körnigen Massen, reichlich käsige Entartung. Adnexitis chronica tuberculosa. Riesenzellen im mikroskopischen Bild Bazillenbefund negativ.

Ich will noch kurz einen Fall von Glockner anführen, wo es sich um einen soliden Tumor handelte. Es war ein Carcinom des rechten Ovariums; in seinem bindegewebigen Stroma zahlreiche typische Tuberkel, sowie tuberkulöses Granulationsgewebe. Gleichzeitig Tuberkulose des linken Ovariums.

Dieser Fall hat in der Literatur nicht seinesgleichen.

In allerletzter Zeit ist von Logothetopulos ein Dermoidkystom mit breiigem Inhalt und Haaren beschrieben worden, an einigen Stellen intakte Ovarialsubstanz enthaltend. Mikroskopisch ausgesprochen käsiger tuberkulöser Prozess in den Tuben. Im Serosaüberzug deutliche Tuberkelknötchen mit epitheloiden Granulationszellen. Aeussere Cystenwand mit zahlreichen Riesenzellen, deren Verbreitung sich auf die Oberfläche beschränkte. Anscheinend eine frische Tuberkulose der Cystenwand.

Es wird noch von vielen anderen Fällen berichtet, die aber nach den oben aufgestellten Bedingungen unhaltbar sind. — So der Fall Heiberg, der nicht mikroskopisch untersucht ist. Dasselbe gilt von dem Ehrendorfer's und Goullioud's. Bei Madlener ist der Nachweis der ovariellen Herkunft des multilokulären Kystoms oder des Zusammenhanges mit dem Ovarium nicht erbracht, da

beide Ovarien unversehrt vorhanden waren, und es fand sich „histologisch nichts Abnormes," oder, wie es in einer später erschienenen Berichtigung heisst, „nichts Besonderes".

Schottländer und Guillemain heben das als ganz merkwürdig hervor. Grusdew'sche Mitteilung fällt gänzlich weg, da der Verfasser selbst die Diagnose zwischen Tumor und abgekapseltem Abscess offen lässt.

Die Fälle von Gusserow und Mangold lassen sich nach ihren Darstellungen sehr wenig verwerten. Ob noch im Bericht von 53 Fällen von Ovarialcysten, unter denen sich 4 mal Tuberkulose fand, auch ein solcher Fall war, will Dobbert unwahrscheinlich erscheinen. Er meint, dass es sich in diesen Fällen, in welchen ausschliesslich die Cystenwand mit tuberkulösen Knötchen besetzt war, um ein Uebergreifen des Prozesses vom Bauchfell auf die Cystenwand handelte, weil makroskopisch mit Ausnahme eines Falles, wo der Inhalt eitrig war, keinerlei Veränderungen sich aufweisen liessen. Der Fall Garkisch, Corpusluteumcyste mit Miliartuberkeln und Riesenzellen in der Wand der Cyste, kommt, da wir nur echte Geschwülste berücksichtigen wollen, nicht in Betracht. — Wenn wir jetzt summieren, so sind hier zu den „klassischen" sieben elf neue hinzugekommen, die die casuistische Literatur der tuberkulösen Eierstocksgeschwülste bereichern. — Durchweg sind es Kystadenome, in 4 Fällen nur Dermoidkystome (Gade, Bertino, Schottländer, Logothetopulos) und in 1 Fall ein Carcinom.

Im Anschluss an diese Angaben möchte auch ich über einen Fall von tuberkulösem Ovarialkystom berichten.

Minna E., Arbeiterin, 17 Jahre alt. (Aufnahme in die Kgl. Charité 20. IV. 10, Entlassung 7. VII. 10.) Patientin will früher niemals krank gewesen auch hereditär und familär ohne Belastung sein. — Menstruation begann mit 16 J. immer ohne Störungen, zuletzt vor 3 Tagen. Partus O, Abortus O. Seit 3 Jahren bemerkt die P. eine Anschwellung des Leibes, die zunächst keine Schmerzen verursachte. Seit einigen Tagen Schmerzen im Rücken, die mehrfach behandelt wurden, aber mit nur geringem Erfolg. — Wegen hohen Fiebers vom Arzt der Klinik überwiesen. Habitus wie auch die physikalische Untersuchung der Respirationsorgane bis auf eine Dämpfung über dem rechten Unterlappen ergaben nichts suspectes, was auf Tuberculosis pulmonum schliessen liesse. Seitens des Abdomens ergab sich ein sichtbarer und palpabler Tumor, der über den Nabel hinausging und bis 3 Querfinger unterhalb des Processus ensiformis reichte.

Der Tumor war von weicher Konsistenz, fluctuierend, z. T. höckerig und gegen den Uterus verschieblich. Die Probepunktion ergab das Vorhandensein einer serösen Flüssigkeit.

Uterus selbst klein, nach vorn und rechts verlagert. Portio vaginalis uteri virginell, Scheide rauh.

Klinische Diagnose. Cystoma ovarii dextri.

Aus der Operationsgeschichte entnahm ich folgendes:

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle finden sich zuerst allenthalben Verwachsungen des Peritoneums mit dem Bauchhöhleninhalt. Bei Ablösen der Verwachsungen stürzen Ascitesmassen hervor und unter den Bauchdecken konnte man einen gut mannskopfgrossen, cystischen Tumor fühlen, der vielfache Verwachsungen mit dem Peritoneum aufwiess. Es gelang nur schwer, die Cyste hervorzuwälzen und erst dann, nachdem man einen Teil des Inhalts mittels Troicarts abgelassen hatte.

Der Tumor ging von dem linken Ovarium aus und war z. T. intraligamentär entwickelt. Das weitere Hervorheben machte keine Schwierigkeiten. Das linke Ligamentum infundibulopelvicum wurde abgeklemmt, gleich dem Parametrium, wobei der linke Ureter, der um die Geschwulst herumlief, mit der in die Höhe gezogenen Blase abgeschoben wurde. Verschorfung der Stümpfe, Versorgung der Wunde mit Drainage. — Heilungsverlauf reaktionslos. — Zeitweise nur reichliche Sekretion aus der Wunde.

Entlassungsbefund 5 Wochen nach der Operation: der Leib nicht aufgetrieben, weich ohne Ascites Uterus anteflectiert, nach hinten etwas verwachsen, Stränge rechts und besonders links etwas dicker.

Makroskopisch stellt sich das gewonnene Präparat als mannskopfgrosse Cyste mit zahlreichen grossen und kleinen Hohlräumen dar. Oberfläche teils glatt, teils mit peritonealen Verwachsungen bedeckt. Der peritoneale Ueberzug zeigt winzige Knötchen in geringer Menge. Der Inhalt der Cyste ist flüssig serös, trübbräunlich gefärbt. Vom Ovarium und Ei-

leiter ist in dem Kranken- und Operationsjournal nichts vermerkt; ebenso fehlt merkwürdigerweise in der pathologisch-anatomischen Beschreibung des Präparates jede Angabe hierüber.

Mikroskopischer Befund.

Härtung und Einbetten in Paraffin. (Aus dem Tumor sind mir 2 Blöcke zur Verfügung gestellt.) I. Block zeigt grosse 1—1½ cm und auch kleine einige mm. grosse Räume, deren Innenwand mit einschichtigem Cylinderepithel ausgekleidet ist, die Räume sind teils mit Inhalt versehen (geronnenes Sekret), teils sind sie leer. — Die Wände dieser Räume bestehen aus fibrillärem Bindegewebe; in diesem erblickt man nicht obliterierte Gefässlumina, das Bindegewebe mit Erythrocyten und etwas Leucocyten durchsetzt. In der dem Peritoneum zugekehrten Seite zahlreiche grosse Riesenzellen mit vielen randständigen Kernen.

II. Block. Ein Schnitt durch ein Knötchen. Man sieht in vielen Stellen das Tuberkelgewebe mit schlecht färbbaren Kernen oder kernlosen Zellen, in der Peripherie lymphoide Granulationszellen, Riesenzellen von Typus Langhans und deutliche Lymphocyten. — Ein Teil der Schnitte von diesem Block zeigt ein kompliziertes Bild teils typisches Integumentum commune, teils, der Subcutis anliegend, das Bild eines Endothelioms oder Naevus. Alle diese Schnitte lassen an ein Dermoidkystom denken.

Der Nachweis der Tuberkelbazillen ist misslungen. Die Schnitte sind in Carbolfuchsin gefärbt, HCl-Alkohol differenziert und mit Methylenblau nachge-

färbt worden. Es ist aber nach langem Suchen nicht gelungen, Bazillen zu konstatieren.

Wir dürften wohl die Behauptung aufstellen, dass es sich im vorliegendem Falle um ein Ovarialkystom, vergesellschaftet mit tuberkulösem Prozess, handelt.

Allerdings ist der letztere ein ziemlich frischer und nicht vorgeschrittener, so dass er keine klinisch-spezifischen Symptome machte.

Zu dem langsam in einem längeren Zeitraum entstandenen Adenokystom, einem locus minoris resistentiae, gesellt sich eine Aussaat miliarer Knötchen hinzu. Sie bedecken den peritonealen Ueberzug und greifen in die Wand der Cyste ein. Die histopathologischen Bilder mit zahlreichen Riesenzellen lassen schwer eine andere Diagnose aufstellen.

Es ist zwar ein grosser Einwand zu machen. Denn es gibt keine Tuberkulose ohne Tuberkelbazillen, deren Suchen ergebnislos war. Das kann vielleicht mit einem unglücklichem Zufall in Zusammenhang gebracht werden, entweder dass sie sehr spärlich und auf den Schnitten nicht zu finden waren, oder aus anderen nicht zu ermittelnden Gründen. Es ist jedoch eine gar nicht seltene Erscheinung, dass in spezifisch tuberkulösem Gewebe die Bazillen fehlen. Ich verweise nur auf die oben angeführten Fälle von denen eine ganze Reihe denselben histologischen Befund, nämlich typisches tuberkulöses Gewebe ohne Vorhandensein von Bazillen bieten.

Als solche erwähne ich Fall II von Schottländer und diejenigen von Elsässer und Polosson und Violet. Auch im Falle von Logothetopulos finden wir

ähnliches Verhalten. Die Pathologie hat uns gelehrt, dass speziell in älteren tuberkulösen eitrigen Herden die Bazillen oft zerfallen und darum nicht mehr nachweisbar sind. Es würde also das Nichtvorhandensein oder besser das Nichtfinden von Tuberkelbazillen keineswegs gegen die Diagnose Tuberkulose sprechen.

In ätiologischer und konstruktiver Hinsicht möchte ich meinen Fall am ehesten mit dem von Wechsberg vergleichen. — Es handelte sich bei diesem ebenfalls um ein Dermoidkystom mit Ascites und peritonealen Verwachsungen. Das Peritoneum war hier ebenfalls teilweise mit Knötchen besetzt. Bezüglich des Alters der Patientin möchte ich auf den Fall von Baumgarten verweisen, der an dem bei einem 14jährigen Mädchen exstirpierten Ovarialtumor Tuberkulose gefunden hat. — Auch hier war das Peritoneum injiziert. — Dobbert ist ja, wie bereits erwähnt, der Ansicht, dass die Tuberkulose derartiger Geschwülste nur eine Teilerscheinung der tuberkulösen Peritonitis sei. — Es ist jedoch dieser Ansicht entgegenzuhalten, dass Fälle von Tuberkulose eines Ovarialtumors ohne eine solche des Peritoneums wiederholt beobachtet worden sind. — Wenn es mir gestattet ist, in dieser Hinsicht eine Ansicht zu äussern, so möchte ich mich dahin resümieren, dass bei der Tuberkulose der Ovarialtumoren traumatische Einflüsse mit im Spiel sind. Warum soll das Trauma, das doch an jeder anderen Stelle unseres Körpers einen der Tuberkulose günstigen locus minoris resistentiae schafft, nicht auch in diesen Fällen Gleiches ver-

ursachen? Leider ist in den betreffenden Fällen in dieser Hinsicht nichts eruiert worden.

Es sollte in der Anamnese jedenfalls dieser Punkt berücksichtigt werden, auch der Beruf der Patientin ist mit in Rücksicht zu ziehen. — Differenzialdiagnostisch könnte wohl noch eine Erkrankung in Betracht kommen: die Syphilis. Nach Baumgarten ist aber wohl mit Recht zu bemerken: „miliare Syphilombildungen sind auszuschliessen, weil die syphilitischen Miliarknötchen in den wenigen Fällen, in denen sie überhaupt in der Form riesenzellentuberkelähnlicher Herde wahrgenommen wurden (der Regel nach erscheinen sie als simple Rundzellenknötchen), stets auf dem Boden älterer chronisch entzündlicher Veränderungen der betreffenden Organe, nicht aber, wie hier, als Eruption distinkter Knötchen auf die freie Oberfläche, oder in das sonst unveränderte Gewebe sich dargestellt haben.“ — Syphilitische Veränderungen an den Gefässwänden waren nirgends sichtbar.

Aus der Verbreitung der tuberkulösen Veränderungen ergibt sich auch die Quelle, woher die Tuberkelbazillen eingedrungen sind.

Sichere klinische Anhaltspunkte für eine lokalisierte Tuberkulose in anderen Organen waren nicht vorhanden. Eine hämatogene Verbreitung ist also nicht anzunehmen. Man kann am wahrscheinlichsten an einen lymphogenen Ursprung denken. Der ursprüngliche Herd waren hier möglicherweise die mesenterialen Lymphdrüsen. Auch wäre es unwahrscheinlich die Ausbreitung per contiguitatem von tuberkulösem Darm aus anzunehmen. — Noch weniger

kann man an ein Eindringen des tuberkulösen Virus durch den Genitalapparat denken. Obwohl die reichen Erfahrungen Cornet's lehren, man solle dieser natürlichen Eintrittspforte mehr Aufmerksamkeit schenken, durfte man dies trotzdem kaum annehmen, da die Lokalisation doch in den inguinalen Lymphdrüsen oder in der Tube oder im Beckenbindegewebe eher erscheinen müsste, was hier doch nicht der Fall war.

Noch zu erwähnen ist der reaktionslose Verlauf nach der Operation. Die Wegnahme der erkrankten Teile, die Eröffnung der Bauchhöhle bewährt sich, wie in so vielen Fällen, als ein wirksames Mittel gegen die Tuberkulose. Sie heilte in sehr kurzer Zeit. Alle sonst veröffentlichten Fälle gelangten nach kürzerer oder längerer Zeit infolge der fortschreitenden oder akuten Miliartuberkulose zur Sektion. — Der Fall ist höchstens nur dem Baumgarten'schen an die Seite zu stellen, wo die geringfügigen tuberkulösen Veränderungen mit dem Messer geheilt worden sind.

Ziehen wir nun aus den in der Literatur vorgefundenen Fällen und dem meinigen das Facit, so lassen sich folgende Sätze aufstellen:

1. Die isolierte Tuberkulose von Ovarialtumoren ist eine sehr seltene Erscheinung.
2. Das Vorhandensein von Tuberkeln mit Riesenzellen sichert die Diagnose auch ohne Bazillenbefund.
3. Die Quelle der Infektion war meist nicht mit Sicherheit anzugeben.
4. Der Beweis, dass es sich bei der Tuberkulose der Ovarialtumoren um Teilerscheinung einer tuberkulösen Peritonitis handle, ist nicht erbracht.

5. Die Prognose der Ovarialtumorentuberkulose ist meist ungünstig, die günstigen Resultate, die bei Peritonitis tuberculosa durch die Laparotomie erzielt wurden, sind hier nicht zu verzeichnen.

Literaturverzeichnis.

Alterthum, Monatsschr. f. G. u. G. 13, 1901.
Baumgarten, Virchow's Archiv Bd. 97, S. 11.
Bertino, Revue de gyn. T. X. 2.
Cornet, Die Tuberkulose (im Nothnagel'schen Buche).
Dobbert, St. Petersburger med. Woch. 1902.
Ehrendorfer, Wiener klin. Wochenschrift 1896, S. 283.
Elsässer, Inaugural-Dissertation Tübingen 1901.
Gade, Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1893, S. 597.
Garkisch, Zeitschrift für Geb. u. G. Bd. 63, S. 66—75.
Glockner, Archiv für Gyn. Bd. 75, 1905.
Grusdew, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 12, S. 84.
Gusserow, De muliebr. genit. tuberculosi Berol. 1859.
Goullioud, Revue de chirurgie 1904.
Heiberg, Festschrift R. Virchow gewidmet Bd. 2.
Kelly, John Hopk. Hosp. Rep. 1890 Bd. 2, S. 201.
Klebs, Billroth-Luecke's Handb. d. Frauenkr. Bd. 2, S. 702.
v. Krzywicki, Zieglers Beiträge f. p. Anat. Bd. 3, Heft 3.
Logothetopulos, Zeitschrift für Geb. u. G. Bd. 61.
Madlener, Zentralblatt f. Geb. u. Gyn. 1894, S. 22.
Madlener, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 5, S. 621.
Mangold, Ueber die Infektion der Ovarialkyst., Basel 1895.
Martin, Krankheiten der Eierstöcke, Leipz. 1899.
Olshausen, Krankheiten der Eierstöcke.
Olshausen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 45, S. 377.
Pollosson et Violet, Annales de Gyn. T. LXII, p. 585—9.
Prüsmann, Archiv f. Gynäkologie Bd. 68, S. 769—779.
Schottländer, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 5, S. 426.
Spencer Wells (Wilson Fox), Transact. Path. Society London 1863-64.
Saenger, Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1890, S. 522.
Wechsberg, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 18, S. 752—756.
Wiener, Münch. Med. Wochenschrift 1905, p. 623.
Wolff, Archiv f. Gyn. Bd. 52, 1896.

Lebenslauf.

Ich, Alexander Brons, wurde am 23. April 1883 als Sohn des Kaufmanns Michael und seiner Ehefrau Salomee geb. Waldenberg, mosaischer Konfession, zu Warschau geboren.

Nach Vollendung des 6. Jahres wurde ich im elterlichen Hause von einem Hauslehrer unterrichtet, bis ich mit 9 Jahren in das 3. Knaben-Gymnasium zu Warschau eintrat. Dieses verliess ich mit dem Zeugnis der Reife im Juni 1903. Eine längere Zeit wurde ich gehindert, mich dem Studium der Medizin widmen zu können, so dass ich erst am 16. Oktober 1905 an der Berliner Universität immatrikuliert wurde und an derselben 10 Semester verblieb.

Bei den folgenden Herren Professoren habe ich im Verlaufe meiner Studien Vorlesungen bezw. Uebungen besucht.

Beitzke, Bumm, Drude, Engelmann, Fischer, Flügge, Greeff, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Jolly, Klapp, Lesser, Lewin, Michaelis, Olshausen, Orth, Pinner, Reinhardt, Rosenheim, Schultze, Senator, Thierfelder, Virchow, Waldeyer, Ziehen.

Ihnen allen bin ich zu bleibendem Danke verpflichtet, vornehmlich aber statte ich an dieser Stelle dem Herrn Geheimrat Prof. Dr. Bumm meinen Dank ab für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit, sowie den Herren Professoren Franz und Meyer für gütige Unterstützung bei der Anfertigung derselben.